

地域医療機構 玉造病院 紹介患者予約FAX用紙

紹介医療機関名称	医師名	TEL FAX
----------	-----	------------

歯科口腔外科予約専用

- ・受診希望日 ・希望医師

年 月 日 () :	医師
-------------	----

- ・診察を希望される部位に○を付けて下さい

歯 ・ 智歯 ・ 顎骨 ・ 上 ・ 下 顎関節 ・ 舌 ・ 歯肉 ・ 頬粘膜 (その他)

- ・希望内容に○を付けて下さい

・診察を希望	・MRIを希望
・診察とMRIを希望	・CTを希望
・診察とCTを希望	・DEXAを希望

- ・患者基本情報(必ずフリガナをご記入下さい)

フリガナ		旧姓	生年月日	T S H R	当院受診歴	有・無
患者氏名		男・女		年 月 日		
患者住所	(〒 —)		(☎)	(☎)		

- ・被保険者証

保険者番号		資格取得年月日・期限	
記号 ・ 番号		本人・家族(被保険者氏名)	()
負担割合	1割 2割 3割		

- ・公費負担医療受給者証

公費負担者番号	
受給者番号	
有効期限	

折り返し、予約票をFAX致します。患者さまに紹介状・予約票をお渡し下さい。
受診当日は2番受付にお越し下さい。